

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1909-1910. — N° 20

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA KÉRATITE SYPHILITIQUE GOMMEUSE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le Mercredi 15 Décembre 1909

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

RUDOLF SÖDERLINDH

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

né à Cette, le 1^{er} juillet 1886



VALENCE
IMPRIMERIE DUCROS & LOMBARD
41, Rue du Tunnel, 41

1910

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA KÉRATITE SYPHILITIQUE GOMMEUSE

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1909-1910. — N° 20

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA KÉRATITE SYPHILITIQUE GOMMEUSE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le Mercredi 15 Décembre 1909

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

RUDOLF SÖDERLINDH

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

né à Cette, le 1^{er} juillet 1886

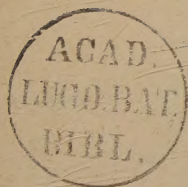


VALENCE

IMPRIMERIE DUCROS & LOMBARD

41, Rue du Tunnel, 41

1910



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ. DOYEN
J. COURMONT ASSESSEUR.
LORTET. DOYEN HONORAIRE :

PROFESSEURS HONORAIRES

M M. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, MONOYER, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE

PROFESSEURS

Gliniques médicales	}	MM. LÉPINE.
Gliniques chirurgicales		TEISSIER.
Clinique obstétricale et Accouchements.	}	BARD.
Clinique ophtalmologique.		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	}	JABOULAY.
Clinique des maladies mentales		FABRE.
Clinique des maladies des enfants.	}	ROLLET.
Clinique des maladies des femmes		NICOLAS.
Physique médicale	}	PIERRET.
Chimie médicale et pharmaceutique		WEILL.
Chimie organique et toxicologie	}	POLLOSSON (A).
Matière médicale et Botanique.		CLUZET.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	}	HUGOUNENQ.
Anatomie		X.
Anatomie générale et Histologie	}	BEAUVISAGE.
Physiologie		GUIART.
Pathologie interne	}	TESTUT.
Pathologique et Thérapeutique générales		RENAUT.
Anatomie pathologique	}	MORAT.
Médecine opératoire		ROQUE.
Médecine expérimentale et comparée	}	COLLET.
Médecine légale		PAVIOT.
Hygiène.	}	POLLOSSON (M.).
Thérapeutique		ARLOING.
Pharmacologie	}	LACASSAGNE.
		COURMONT (J.).
	}	PIC.
		FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire	DOYON.
Maladie des oreilles, nez et larynx	LANNOIS.
Pathologie externe.	VALLAS.
Maladies des voies urinaires	ROCHET,

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Propédeutique chirurgicale	BÉRARD.	agrégés
Propédeutique de gynécologie.	CONDAMIN,	—
Hygiène administrative	LESIEUR,	—
Accouchements	COMMANDEUR,	—
Matière médicale	MOREAU,	—
Embryologie	REGAUD,	—
Anatomie topographique.	PATEL,	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL	REGAUD	LEPINE Ch. J.	LATARJET Ch.
SAMBUC	COMMANDEUR	LESIEUR	BERIEL Ch.
COURMONT (P.)	GAYET	MARTIN Etienne	BRETIN Ch.
CHATIN	MOREL	LAROYENNE	THÉVENOT Ch.
VILLARD	NEVEU-LEMAIRE	VORON	
TIXIER	PATEL	NOGIER	

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. ROLLET, Président ; SAMBUC, Assesseur ; VILLARD, PATEL, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Notre affection et notre reconnaissance sont sans bornes, comme l'ont été leurs sacrifices et leur dévouement.

A MA TANTE, MADEMOISELLE M. VELAY

Elle sait toute l'affection que nous avons pour elle et que rien n'altérera.

A MON FRÈRE, MON MEILLEUR AMI :

LE DOCTEUR E. SÖDERLINDH ET SA FAMILLE

A MES PARENTS DE FRANCE ET DE SUÈDE

A MES CAMARADES D'ÉCOLE

A MES AMIS

A LA MÉMOIRE DE
MONSIEUR LE MÉDECIN-MAJOR PÈCHEUX

Une mort prématurée l'a enlevé
au moment où il dépensait toutes
ses forces pour nous instruire. Ce
fut un maître doux et plein de
bonté. Nous garderons toujours le
souvenir ému du temps passé près
de lui.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR J. TEISSIER

Membre correspondant de l'Académie de Médecine
Professeur de Clinique Médicale
à la Faculté de Médecine de Lyon
Chevalier de la Légion d'honneur

Nous n'oublierons jamais son
enseignement magistral que nous
regrettons de ne plus pouvoir sui-
vre.

A MES MAITRES

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

AUX CHIRURGIENS ET MÉDECINS

DE L'HÔPITAL CIVIL DE VERSAILLES

A MES MAITRES

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON
ET DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR E. ROLLET

*Professeur de Clinique Ophtalmologique
de la Faculté de Médecine de Lyon
Chirurgien des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'honneur*

Il nous accueillit toujours dans son service avec la plus grande bienveillance et nous prodigua ses conseils. Il nous fait le grand honneur de présider notre thèse qu'il nous a inspirée. Nous l'en remercions bien vivement et l'assurons de notre respectueuse et profonde reconnaissance.

AVANT-PROPOS

Nous arrivons, maintenant, à la fin de ces trois années passées sous le ciel brumeux de Lyon, et pourtant, à cette joie du départ escomptée si ardemment pendant les longues heures de nos premiers jours d'Ecole, fait place un infini regret d'abandonner tant de choses familières, témoins de nos découragements et de nos espérances, de se séparer de bien des amis sûrs, et de quitter notre insouciance de chaque jour pour se lancer dans l'inconnu. Aussi, avant de partir voudrions-nous dire, combien nous gardons pour tous ceux de nos chefs et de nos maîtres qui nous ont aidé et encouragé, une profonde et respectueuse affection ; ils se reconnaîtront certainement sans que nous les nommions. Nous les assurons que leur dévouement ne se sera pas adressé à un ingrat. Que nos bons amis les docteurs A. Ferry, Aveline, Bendon et Martin, et tous ces charmants camarades d'Ecole qui ne nous ont jamais ménagé leur sympathie, veuillent bien croire à notre profond attachement, à la joie aussi que nous aurons toujours de les retrouver plus tard, au cours des hasards heureux de notre vie militaire.

Historique

Dans son ouvrage sur : « Les Affections de l'Œil et de l'Oreille, dues à la syphilis héréditaire », Hutchinson donne une planche remarquable, où le cas le plus grave qu'il ait observé est figuré : un gros amas jaunâtre, nettement circonscrit et limité occupe le centre de la cornée. C'est la première fois, nous semble-t-il, qu'est remarquée, sans d'ailleurs être interprétée, cette forme toute spéciale de « Kératite Syphilitique », présentant parfaitement l'aspect d'une gomme cornéenne...

Une allusion discrète à pareille lésion fut faite en 1861 par Follin (1), qui écrivait alors au sujet des manifestations de la syphilis oculaire : « La cornée « est quelquefois atteinte et cette forme de kératite « tenace, chronique, se manifeste surtout à une « époque avancée de la syphilis, par des dépôts « plastiques, plus ou moins épais, dans le tissu de la « membrane. » — Magni, quelque temps après, publia un cas de kérato-conjonctivite gommeuse chez une malade présentant de l'iritis, de la chute des cheveux, et des taches cuivrées aux membres inférieurs.

En 1865, dans son « Traité des maladies véné-

(1) FOLLIN. — *Traité de Pathologie externe*. — Paris, 1861.

riennes », J. Rollet (1) parla de « Kératites rebelles caractérisées par des dépôts plastiques, interstitiels, plus ou moins épais », qu'il considéra comme « un symptôme tardif de la maladie. » — Lang décrivit en 1866 des « formations gommeuses syphilitiques de la cornée. » — En 1875, Desmaze signale, à propos de la Kératite interstitielle, des opacités définitives, qui peuvent résulter d'un traitement mercuriel insuffisant.

A son tour, Lacombe (2), dans sa thèse, montra en 1879, une forme de Kératite interstitielle où apparaissaient des dépôts blancs, simulant un abcès ; et la thèse inaugurale de Couzon (3), parle, à propos d'une infiltration cornéenne dans une syphilis acquise de cinq taches « crayeuses, de la grosseur d'un grain de riz, semblable à des abcès profonds de la cornée », ayant disparu sous l'influence du traitement spécifique.

Gayet et Dénarié, publièrent en 1882, dans le *Lyon Médical* (n° 49, p. 137) une observation, citée par nous dans notre étude et qui se retrouve dans la thèse de Dénarié (4), soutenue à Lyon, l'année suivante. Il s'agissait d'une irido-kératite parenchymateuse de nature syphilitique, présentant en un point de l'œil droit une « opacité gris sale, jaunâtre, » à contours légèrement diffus. L'autopsie montra des gomme multiples, ramollies, dans la dure-mère, l'écorce céré-

(1) J. ROLLET. — *Traité des maladies vénériennes*. — Paris, 1865.

(2) LACOMBE. — *La Kératite interstitielle dans la syphilis acquise*. — Thèse, Paris, 1879.

(3) COUZON. — *Contribution à l'Etude de la Kératite interstitielle dans la syphilis acquise et héréditaire*. — Thèse, Paris, 1883.

(4) DÉNARIÉ. — *Contribution à l'Etude de la Syphilis cornéenne, Gomme de la Cornée*. — Thèse, Lyon, 1883.

brale et l'examen de l'œil fit reconnaître un épaissement blanchâtre, paraissant faire saillie du côté de la chambre antérieure. — Le microscope montra cette opacité formée d'amas leucocytaires.

Peters en 1898, Ring, Erdmann, Vinsonneau et Terson, Vicher Kiewicz aussi ont décrit depuis d'autres cas de formations gommeuses cornéennes dans la syphilis. Antonelli et Benedetti auxquels nous empruntons bien des détails, ont, dans un mémoire, datant de 1905, présenté une nouvelle observation de Kératite gommeuse spécifique, et plus récemment, Damaria, Lazareff, Prokopenko ont apporté de leur côté des faits nouveaux.

Un cas intéressant de Kératite syphilitique gommeuse nous ayant été présenté dans le service de clinique ophtalmologique du Professeur E. Rollet, nous avons songé qu'il serait bon de mettre au point cette question de Pathologie Oculaire, persuadés, que si des doutes persistent encore pour quelques-uns sur l'identité de ces formations gommeuses, c'est qu'elles ont donné lieu à des confusions faciles avec des lésions souvent fort analogues, et que nous nous efforcerons de différencier.

OBSERVATION I

(Recueillie dans le service de M. le professeur Rollet)

G. Marie-Louise 38 ans.

La malade entre à la clinique de M. le professeur Rollet le 20 février 1909 pour douleurs oculaires et diminution de la vision.

Antécédents héréditaires. — Difficiles à préciser. Père et mère morts jeunes de maladie inconnue. Sœur bien portante.

Antécédents personnels. — Au dire de la malade aucune maladie antérieure. Mariée, pas d'enfant et jamais de fausse couche. Règles régulières. Mari bien portant.

Il y a 3 ans, la malade présenta au niveau du genou gauche, à la partie interne au-dessus de l'articulation, une lésion suppurante, d'abord tumeur de la grosseur d'un œuf qui s'enflamma, puis suppura au bout de 4 mois et laissa une cicatrice très marquée. Aujourd'hui celle-ci nous apparaît comme intéressant uniquement les tissus superficiels, sans adhérer au plan osseux — présentant l'aspect ordinaire polycyclique des cicatrices dues au processus syphilitique. — Au genou droit près de la tête du péroné, cicatrice semblable moins étendue, venue à la suite de l'évolution d'une petite tumeur datant d'un an. Enfin il y a une dizaine d'années, la malade a eu mal à l'œil gauche ressentant les mêmes phénomènes qu'actuellement. Elle prend pendant quatre mois de l'iodure et guérit au bout de ce temps.

L'affection actuelle a débuté il y a cinq mois. La malade avait un brouillard devant l'œil droit et ressentait de très vives douleurs.

On fait à ce moment le diagnostic d'iritis séreuse. L'iris est modifié de couleur, grisâtre, la pupille est irrégulière, avec synéchies que met surtout en évidence l'atropine. Un cercle périkératique existe, très net ainsi que de la descemetite ; les douleurs sont vives et fréquentes, intermittentes survenant surtout la nuit, se prolongeant pendant plusieurs heures et à siège sus et sous-orbitaire.

L'examen au microscope cornéen montre dans le parenchyme de la cornée, des masses jaunâtres « très bien isolées » du volume d'une tête d'épingle métallique. Ces points caséiformes sont coalescents à la partie inférieure de la cornée. Rien à l'épithélium. L'acuité au 29 avril est $\equiv \text{O D V} = \frac{1}{16} \text{ O D G} = \frac{4}{2}$. Elle présente à ce moment tous les signes classiques de kératite = cercle périkératique, douleur, photophobie blepharospasme.

Etant donné ce caractère d'individualisation des lésions avec les phénomènes antérieurs, M. le professeur Rollet émet l'opinion qu'il s'agit là d'une lésion tertiaire de la syphilis à forme peu classique mais susceptible, croit-il de bénéficier du traitement spécifique.

On institue donc le traitement iodo-mercuriel sans interruption : 8 grammes par jour d'iodure de potassium ; frictions mercurielles, 4 grammes par jour et en plus un collyre à l'atropine. Dès les premiers jours du traitement les douleurs s'apaisent et disparaissent au bout de 8 jours. Les lésions iriennes et cornéennes se sont atténuées, seule persiste une légère photophobie. L'acuité

est en ce moment de $ODV = \frac{1}{8}$. La malade part le 16 mai ne présentant plus aucun phénomène douloureux ou irritatif. Quelques vaisseaux et quelques petites taches persistent encore sur la cornée mais les amas d'aspect caséeux ont disparu.

La malade fut présentée à la *Société d'Ophtalmologie de Lyon* et le diagnostic de « gommes cornéennes » fut confirmé.

OBSERVATION II

(Thèse de Dénarié citée)

Le malade Jules V., entre dans la salle Saint-Charles le 9 mai 1882. Il est âgé de 34 ans et exerce la profession de cultivateur. C'est un homme fort, bien constitué, qui ne présente aucun symptôme de scrofule. Il a été atteint de syphilis en 1870, et on peut observer sur le gland, la cicatrice indélébile, laissée par le chancre enduré.

L'affection qui l'amène à l'hôpital a débuté 4 mois avant son entrée ; sans cause appréciable pour le malade, l'œil droit est devenu rouge : en même temps, il était le siège d'une photophobie et d'une cuisson assez vive. De plus, la vue se trouble progressivement : le malade observe tous les objets comme à travers un brouillard. Pendant les deux ou trois premiers mois, les symptômes douloureux n'étaient pas continuels : ils ne se montraient environ que tous les deux ou trois jours et ne duraient que quelques heures seulement : mais depuis 2 mois, la vue s'est obscurcie de façon notable, et les autres symptômes, rougeur de l'œil, cuisson, photophobie, sont

devenus persistants et ont déterminé le malade à venir se faire soigner à l'Hôtel-Dieu.

Au moment de son entrée, on constate ce qui suit : rougeur inflammatoire de la conjonctive palpébrale, surtout au niveau de la paupière ; le globe est vivement injecté, principalement dans la région périkératique : on aperçoit de nombreux vaisseaux qui se rendent à la périphérie de la cornée et qui sont beaucoup plus abondant en dedans et en dehors ; à la partie interne se trouvent quelques petites papules de coloration jaunâtre. Enfin on constate une invasion assez nette des vaisseaux de l'épiscière, sur la cornée.

Cette membrane est louche ; dans les $\frac{3}{4}$ inférieurs, se trouve une opacité, présentant une coloration d'un gris sale, jaunâtre et sur laquelle on remarque une légère vascularisation. Les bords de cette opacité ne sont pas nettement limités ; ils se terminent au contraire d'une façon diffuse. Elle a une forme à peu près arrondie et son bord inférieur arrive jusque sur le limbe : la surface de la cornée au niveau de la lésion n'est ni déformée, ni dépolie.

L'iris du côté sain est bleu ; du côté droit, on l'aperçoit assez difficilement à travers la portion de la cornée, restée transparente. On peut constater qu'il a pris une coloration légèrement jaunâtre, louche ; la pupille est petite, paresseuse probablement par suite de synéchiès postérieures. L'acuité de l'œil droit n'est que de $\frac{1}{60}$ (échelle de de Monoyer) celle de l'œil gauche est normale. En présence de ces symptômes, M. le professeur Gayet porte le diagnostic d'iridokératite parenchymateuse de nature syphilitique et il prescrit le traitement suivant :

Iodure de K. 1 gramme, instillation d'atropine toutes les deux heures, vésicatoire à la nuque.

Du 10 au 19 mai les symptômes oculaires restent à peu près les mêmes, et l'Iodure de K. est porté progressivement jusqu'à 2 gr. 50. Le 10 mai, le malade se plaint d'être fatigué ; il accuse des symptômes d'embarras gastrique : pesanteur à l'estomac, inappétence, lourdeur de tête.

Il présente de plus un état d'abattement assez prononcé, rappelant celui qu'on remarque souvent dans les prodromes de la fièvre typhoïde. La fièvre et les symptômes abdominaux font complètement défaut ; on attribue cet état à l'Iodure de K. et on le supprime.

22 mai. — Le malade présente les mêmes symptômes ; langue très sale, on prescrit de l'Ipéca.

23 mai. — Même état, anorexie absolue, apyréxie. Ce qui frappe surtout, c'est l'état d'hébétéude et d'abattement profond dans lequel se trouve le malade ; c'est à peine si on peut obtenir de lui quelques réponses, car il n'entend pas la question, et qui sont prononcées lentement et d'une voix éteinte ; stimulants, thé, rhum, vésicatoires à la nuque.

24 mai. — Le malade est mort dans la nuit. La mort est arrivée assez rapidement sans s'accompagner d'aucun symptôme nouveau.

Autopsie. — 25 mai. — 24 heures après la mort ; on ne trouve rien dans les viscères abdominaux, rien au cœur, un peu de congestion pulmonaire, sang très noir. C'est du côté du cerveau que se trouvent toutes les lésions. Les enveloppes cérébrales ne présentent rien de particulier à noter. Toutefois, au niveau du lobe frontal de l'hémis-

phère droit, on remarque sur la dure-mère, une coloration légèrement grisâtre due à une gomme suppurée vue par transparence. A ce niveau se trouve une légère dépression et on perçoit par le toucher une fluctuation manifeste. La dure-mère enlevée, on voit sur la surface de l'hémisphère droit, deux gommes superficielles se présentant sous la forme d'une bouillie visqueuse, d'un blanc sale, légèrement rosée, la plus grosse, du volume d'une noix environ est située à l'extrémité supérieure de la deuxième et de la première circonvolution frontale; l'autre, plus petite, de la grosseur d'une petite noisette, se trouve au point culminant de la pariétale ascendante. Après avoir pratiqué sur les hémisphères cérébraux et sur le cervelet des coupes parallèles, nous avons trouvé de nombreuses gommes réparties de la façon suivante :

Hémisphère droit. — Celui-ci présente les deux gommes plus haut signalées et trois autres; l'une placée profondément vers le milieu du lobe pariétal, au-dessus de la scissure de Sylvius, et deux situées à la partie postéro-inférieure du lobe occipital.

Hémisphère gauche. — On y trouve une grosse gomme au centre du lobe frontal; une autre petite, profonde, dans la pariétale ascendante; une troisième dans la pariétale inférieure.

Cervelet. — Il contenait deux gommes, une médiane sur le vermis et une dans l'hémisphère droit.

Toutes ces gommes, arrivées à la période de ramolissement et présentant l'aspect décrit plus haut, étaient d'une grosseur variant entre celle d'une petite noix et d'un gros pois.

OBSERVATION III

(Terson-in Archives d'ophtalmologie 1905)

Philomène I. — Corsetière âgée de 22 ans; se présente à notre clinique pour la seconde fois, le 3 novembre 1904. Nous l'avons en effet soignée, il y a quatre ans pour une Kératite interstitielle à l'œil droit, Kératite de moyenne intensité et qui guérit en trois mois, par un traitement seulement interne (potions iodurées, préparations iodo-tanniques alternant avec des cachets de calomel) et l'atropine.

Les antécédents héréditaires sont des plus précis. Le père avoue avoir contracté la syphilis avant son mariage. La mère n'a pu être examinée. Il reste deux filles et un garçon vivants : mais il y a eu des fausses couches et deux garçons sont morts presque à leur naissance ; l'un étant venu même avant terme. — Dans l'ordre des naissances, ils ont précédé celle de notre malade et des autres enfants vivants.

Les antécédents personnels sont les suivants. Il n'y aurait eu aucune maladie grave ayant attiré l'attention. Toutefois la patiente a souffert dans l'enfance et pendant plusieurs mois, d'un genou, comme on l'observe souvent chez les hérédosyphilitiques. — Elle a eu la Kératite interstitielle monolatérale dont nous avons parlé.

Dans l'œil indemne de Kératite, il existe des lésions de chorio-retinite pigmentaire périphérique — la pupille un peu pâle a l'aspect caractéristique à la fois flou et cicatriciel. L'acuité n'est que de $1/4$ sans vice de réfraction

appréciable et sans amélioration par les verres. — Dents typiques. — Le malade nous consulte donc le 3 novembre 1904, pour une légère infiltration parenchymateuse de la cornée de l'œil droit avec iritis des plus violentes. L'œil gauche n'a rien : disons de suite qu'il est resté privé d'inflammation. A l'œil droit, en plus de la nébulosité (qui cependant laisse bien voir la pupille et les synéchies) le limbe et la sclerotique juxta-cornéenne sont légèrement bombés et infiltrés à la partie inférieure de l'œil, comme si une néoformation ou une infiltration générale de l'angle irido-cornéen se produisait, — je soumetts immédiatement le malade à une cure d'injections intra-fessières à l'huile bi-iodurée centésimale, gâïacolée et camphrée.

La malade prend du sirop de Gibert et de l'huile de foie de morue le jour où elle ne fait pas d'injection. Après plusieurs injections, l'œil va mieux, l'iritis se calme. Il y a toujours la nébulosité cornéenne, mais elle permet de voir la pupille qui s'élargit par l'atropine. — Le traitement est continué, lorsque vers la vingtième injection, une violente rechute se produit. Le limbe bombe de nouveau en bas : deux infiltrations jaunâtres plus intenses apparaissent au bas de la cornée. Enfin dans la région cornéenne paracentrale externe, un point jaune se produit. Il prend en quelques jours la forme d'une larme à grosse extrémité inférieure et ses bords sont nettement limités. Cette masse jaunâtre acquiert le volume d'un grain de chènevis. Elle est interstitielle, mais fait une saillie très nette en dehors de la cornée et dans la chambre antérieure. Il n'y a aucune ulcération à son niveau.

Je pensai immédiatement à une gomme de la cornée

et désireux d'avoir des témoins compétents de cette lésion fugace je présentai la malade le jeudi 16 février à M. Morax, et le vendredi 17 à M. Antonelli. — Nos excellents confrères parurent partager mon impression et je fis reproduire les jours suivants, la lésion par un moulage et une aquarelle.

Je fis quatre injections intra-fessières de 5 centigr. de calomel à partir du 20 février (deux par semaine). Dès la seconde injection la gomme qui ne s'était pas ouverte, quoique prête à crever, se retrécissait; à la troisième piqûre, elle devenait plus grisâtre et a fini par se résorber en laissant une petite opacité. — Il en a été de même pour les infiltrations du bas de la cornée et le soulèvement. Je crois qu'il y a eu de graves lésions gommeuses dans l'angle iridien et peut-être même derrière l'iris. L'œil a été même quelques jours très hypotone; mais actuellement l'inflammation est tombée et l'acuité visuelle est d'environ $\frac{1}{15}$. C'est dire quelle a été la gravité de cette « segmentite antérieure » que le calomel a toutefois empêché d'aboutir à la fonte.

Discussion. — Nous avons été en présence d'une gomme cornéenne pour les motifs suivants : Outre la syphilis avouée par le père, les stigmates du fond de l'autre œil, la Kératite parenchymateuse ancienne, la forme même de la lésion : cette masse absolument jaune, saillant en dehors et en dedans de la cornée, circonscrite comme une perle oblongue, ne ressemblait à aucune autre lésion cornéenne.

« Si l'on voulait faire de toutes pièces une gomme cornéenne, c'est ainsi qu'on la construirait » nous disait

en la voyant notre confrère Antonelli. — Aucun dépôt plastique, aucun abcès cornéen ne peut revêtir cet aspect particulier, frappant, à part, et ne disparaît en quelques jours sans ulcération, sans traitement direct. D'ailleurs, et nous résumons ici la fin de ce travail, malgré les affirmations d'Hutchinson considérant la cornée « comme sacrée » on a constaté la Kératite interstitielle de la syphilis acquise, et des sphacèles de la cornée rappelant la fonte gommeuse au cours d'une Kératite interstitielle.

MM. Antonelli et Trantas ont observé des ulcérations cornéennes dans la syphilis acquise. La syphilis héréditaire tardive donne elle aussi des gommés du corps ciliaire, des gommés conjonctivales, palpébrales. (De Lapersonne). Les gommés intra-cornéennes dans la syphilis héréditaire, tardive ou acquise sont donc possibles.

OBSERVATION IV

(*Vinsonneau in Archives d'ophtalmologie, février 1905*)

Madame X., âgée de 50 ans, m'est adressée en septembre par un confrère pour : œil rouge, peu douloureux mais dont l'état résiste aux instillations de collyre à l'iodure de potassium, et au sirop de Gibert. »

Antécédents héréditaires : nuls.

Antécédents personnels :

a) *Oculaires*. — Jusqu'en 1901 la malade n'a jamais souffert des yeux. A cette époque, c'est-à-dire il y a trois ans, elle alla consulter un confrère oculiste qui fit le

diagnostic de paralysie du droit externe de l'œil droit, d'origine syphilitique.

Le traitement consista d'après le dire de la malade en : administration d'iodure et en cinq séances d'électrisation. — La malade cessa le traitement après ces cinq séances.

Depuis, outre sa paralysie toujours persistante du droit externe, la malade n'avait présenté aucune affection oculaire.

Il n'existait aucune tâche sur la cornée ; l'acuité visuelle était excellente pour la vision de loin et de près ; jamais aucune affection des paupières, — jamais de larmolement, aucune diplopie. La malade avait seulement constaté le développement d'un léger strabisme interne paralytique et la fausse projection des objets dans la vision monoculaire de l'œil droit.

b) *Extra-oculaires.* — La malade a été soignée il y a dix ans pour une gomme de la voûte palatine. Un traitement local fut institué par le confrère, ainsi qu'un traitement général consistant en frictions avec l'onguent mercuriel et en administration de sirop de Gibert. La perforation palatine fut de la grandeur d'une pièce de cinquante centimes, — les aliments refluaient par le nez. — La cicatrisation se fit et actuellement, on constate un tissu cicatriciel avec un prolongement fibreux-pédiculé du côté de la cavité buccale. Rien d'apparent du côté nasal.

c) *Autres antécédents.* — Première fausse couche de six mois ; deuxième enfant mort à deux mois et demi ; troisième enfant vivant actuellement. Mauvaise dentition : assez bon état général.

Renseignements du confrère-médecin traitant : mari syphilitique avant l'union; fœtus spécifique.

Etat actuel. — La malade vient me consulter en novembre, envoyée par son médecin traitant. — Elle présente :

1) *Œil droit* : une très légère irritation inflammatoire du bord libre des paupières, mais il n'existe ni squammes, ni croûtes. Les paupières ont leur volume normal et ne sont pas œdématisées.

La conjonctive est rouge blanchâtre, mais cette teinte n'est guère accusée qu'en deux points : au fond du cul de sac conjonctival inférieur, et au niveau du cercle péricératique.

Le globe oculaire est en léger strabisme interne (5° environ) les mouvements du globe se font dans toutes les directions du regard sauf l'abduction; l'effort de l'abduction au commandement détermine des oscillations du globe de haut en bas, mais en aucun instant le globe ne peut dépasser la normale et être amené en abduction. — A l'éclairage naturel, la cornée n'est pas transparente dans les trois quarts de son étendue; il persiste seulement en haut une légère portion en coup d'ongle qui laisse voir la partie supérieure de l'iris, mais n'atteint pas en bas le bord de la pupille. En outre, l'épithélium superficiel est absent en bas en deux régions : l'une à la partie inférieure du diamètre vertical, non loin du limbe, ulcération de la cornée dont les dimensions peuvent atteindre 4 millimètres en largeur, 5 à 6 en hauteur; les bords sont saillants et ont une légère tendance à se recroqueviller en dedans. L'autre ulcération est plus petite et siège un peu au-dessous de l'extrémité interne

du diamètre horizontal, très près du limbe scléro-cornéen, et ses dimensions peuvent atteindre 3 millimètres de hauteur sur 2 millimètres de largeur.

Enfin, dans les deux régions centrales de ces deux ulcérations, on aperçoit nettement une tache de coloration gris sale, en forme de grosse virgule à grosse extrémité supérieure, — à l'éclairage artificiel on se rend compte que ces taches blanc jaunâtre siègent dans le tissu propre de la cornée ; les bords sont nettement limités. — Nous avons donc à considérer trois sortes de lésions : 1° une kératite diffuse ; 2° deux ulcérations cornéennes ; 3° deux infiltrations circonscrites de coloration gris sale. La chambre antérieure est normale et claire ; l'iris est peu lésé et le cercle périkératique peu marqué ; la pupille est petite et réagit lentement à la lumière et à l'accommodation. — La vision de l'œil droit se résume en une simple perception lumineuse.

b) *Œil gauche.* — Intact ; il n'existe aucune lésion ni des membranes ni des milieux de l'œil ; les réactions pupillaires sont normales ; l'œil est emmétrope, et l'acuité visuelle = 0,9. — Après trois séries d'injections intra-musculaires d'huile au sublimé, résolution de ces infiltrats gommeux.

Il s'agit bien d'une affection cornéenne d'origine syphilitique.

En effet, plusieurs faits défendent ce diagnostic :

1° Les commémoratifs du conjoint fournis par le médecin traitant.

2° La syphilis conceptionnelle.

3° La gomme de la voûte palatine traitée par le méde-

cin traitant, suivie de perforation, avec ses symptômes cliniques et dont la cicatrice peut être constatée.

4° Un accident spécifique simultané, une gomme de la cloison, apparente dans la fosse nasale droite, à la hauteur du méat moyen, gomme constatée par Monsieur Vinsonneau lui-même, dès le début du traitement oculaire, la malade se plaignant d'une gêne nasale. Ce diagnostic ne pouvait présenter aucun doute, l'examen ayant été nettement fait, et le traitement spécifique ayant fait diminuer la lésion.

Cette affection cornéenne syphilitique était une kératite avec gommès. Ici encore, plusieurs faits confirment ce diagnostic.

(1°) L'aspect clinique décrit dans l'observation : la kératite généralisée, les deux ulcérations superficielles et les deux taches en virgule de coloration gris sale, jaunâtre, siégeant dans le tissu propre de la cornée et à bords nettement limités.

(2°) L'exploration instrumentale. Sur les instances absolues de la malade qui désirait que son médecin constate s'il était possible de « les enlever par curetage ». Monsieur Vinsonneau observa, sous cocaïne, la nature dure, crayeuse, siliqueuse de ces gommès. Ce ne fut, d'ailleurs, là, qu'une simple exploration.

(3°) Enfin, l'influence du traitement.

On ne pouvait confondre ces lésions avec une kératite interstitielle localisée, puis généralisée, car elle fut généralisée d'emblée, et les gommès avaient une consistance bien spéciale. Ce n'était pas un abcès de la cornée, car il n'y eut, en aucun moment, ni symptômes douloureux locaux, ni photophobie, ni trouble de la chambre antérieure.

OBSERVATION V

Antonelli et Benedetti. — In Recueil d'ophtalmologie
1905, p. 532.

M^{me} P... C..., âgée de 47 ans, vient nous voir le 16 juin 1901, au dispensaire de Saint-Ouen, pour une affection de l'œil droit datant de dix jours. C'est une assez forte femme, ayant eu d'un premier mariage un seul enfant, aujourd'hui âgé de vingt ans et bien portant, et d'un second mariage, quatre grossesses terminées toutes par des fausses couches. L'œil gauche présente une petite tare superficielle de la cornée, reste de keratite banale de l'enfance. Il montre à la skiascopie une myopie de 7 D. environ avec astigmatisme irrégulier : à l'examen subjectif, une acuité de 0,2, à l'aide du verre préféré (— 8 D.), et de 0,5 en ajoutant à ce verre un diaphragme avec trou sténopéique de deux millimètres. — A l'examen ophtalmoscopique, on constate des lésions rudimentaires de la pupille, de ses vaisseaux et de son pourtour, et une dystrophie pigmentaire diffuse marbrure très irrégulière et très marquée) de la chorio-rétine.

L'œil droit présente, à part une petite taie presque centrale, analogue à celle de l'œil gauche, des lésions du secteur supéro-nasal qui réclament d'emblée l'attention. — Le limbe de ce secteur est en effet le siège d'une infection vasculaire assez intense, assez profonde, assez étendue, comme s'il s'agissait d'une plaque de sclérite et d'épisclérite, large d'un centimètre environ de tout côté. Quelques fins vaisseaux partent du réseau du limbe pour

avancer dans les couches sous-épithéliales du péricorneum cornéen, à en juger par l'examen à la lunette et à l'éclairage local, se collant en pointe vers la zone paracentrale. — La zone périphérique de la cornée, tout de suite après le limbe scléro-cornéen, présente deux infiltrations parasyndonales, l'une à près de trois millimètres de diamètre, l'autre à peu près dans les deux se touchant presque se délimitant pour le reste d'un bord assez net, présentant une coloration gris jaunâtre intermédiaire entre celle des kératites interstitielles typiques et celle des kératites à hypopion. — La plus large des infiltrations semble aussi la plus violente, et semble bouter très légèrement vers la surface épithéliale; cette dernière montre à peine un amas de points dépolis, mais pas de véritable ulcération. — Une légère lésie est démontrée par l'éclat de l'injection périkeratique, par la persistance de la réaction pupillaire, par l'aspect même de la surface interne, parfaitement visible à travers la vaste portion de cornée restée tout à fait transparente. — Le malade se plaint de douleurs de globe et du pourtour orbitaire, douleurs assez fortes, surtout pendant la nuit. La vue est réduite à $\frac{1}{20}$; l'œil est légèrement hypotoné.

Au bout de huit jours, la pupille s'était assez bien et régulièrement dilatée sous l'action de l'atropine, les douleurs, néanmoins, persistaient, et les détails du fond n'étaient pas encore visibles à l'ophtalmoscope, car les lésions cornéennes empiétaient beaucoup trop sur la zone paracentrale et pupillaire supéro-nasale de la membrane. — Les deux infiltrations jaunâtres semblaient avoir augmenté de volume, tout en conservant un bord assez

net et cachaient complètement la périphérie de l'iris, comme pour envahir l'angle de la chambre antérieure.

J'avais soupçonné la lésion oculaire spécifique à cause des antécédents de la malade ; à cause des stigmates ophtalmologiques de l'œil gauche et des caractères mêmes des altérations de l'œil droit. Je me décidai au traitement spécifique plus énergique, en voyant que malgré le sirop de Gibert (deux cuillerées à bouche par jour pendant une huitaine de jours) les foyers cornéens prenaient de plus en plus nettement l'aspect de gomme. — A partir du 25 juin, il fut procédé à des injections intramusculaires d'huile bi-iodurée au centième (deux centimètres cubes tous les deux jours) et après la quatrième piqûre, l'amélioration était remarquable. Toute douleur, en effet, avait disparu de même que le cercle périkeratique ; la plaque d'injection limbaire supéro-nasale était de beaucoup atténuée, les foyers cornéens moins épais et moins étendus. Le 5 juillet, il était possible de bien voir le fond de l'œil droit et d'y reconnaître les mêmes stigmates rudimentaires de la papille et de la chorio-rétine que l'œil gauche avait déjà montrés. L'œil droit avait récupéré : $V = 0,4$ avec verre — 7 D (astigmatisme irrégulier, dû à la petite taie centrale ancienne). Au bout de dix piqûres, le 12 juillet, il n'y avait presque plus d'injection limbaire. — A peine des vaisseaux microscopiques néoformés dans la périphérie cornéenne ; les deux foyers s'étaient graduellement résorbés, laissant une tache légèrement opaline.

La malade a été revue en avril 1902, atteinte de diplopie par paralysie dissociée de la III^e paire à droite (guérison au bout de 8 injections d'huile bi-iodurée), et

encore en février-mars 1903, atteinte de paralysie de la VI^e paire à gauche (diplopie persistante malgré une série de 20 injections). Le néphélium périphérique de la cornée droite s'atténuaît de plus en plus, se réduisant à un liseré minime en continuation du limbe et ne montrant même pas trace de vaisseaux à l'examen par la forte loupe.

OBSERVATION VI

*Extrait d'une observation de M. Vicher Kiewicz.
(In Annales d'oculistique, nov. 1900, p. 359).*

Anna D..., cinquante ans. Malade des yeux depuis trois ans; a été soignée par des bonnes femmes. Se présente à la clinique ophtalmologique de Gracovie le 15 mai 1896. De temps en temps elle a mal à la tête, au front, aux yeux. Elle avoue avoir eu la syphilis il y a dix ans. — A présenté depuis, et en deux fois, une série d'accidents oculaires dont les principaux étaient : Iritis syphilitique plus glaucome de l'œil gauche, conjonctivite trachomateuse. Diminution sensible de la vision de l'œil gauche. Elle a eu neuf enfants, dont elle a perdu cinq à des âges variables; en plus, elle a eu quelques fausses couches.

A l'œil droit, la conjonctive bulbaire est fortement injectée et légèrement tuméfiée; dans le voisinage du limbe, en bas et en dehors, existe une série d'infiltrations jaunes, bien limitées, s'élevant sensiblement au-

dessus de la cornée et atteignant les dimensions d'une tête d'épingle. En plus, il existe une opacité bien moins compacte, d'un gris d'acier, limitée vers le bas par une ligne demi-circulaire, atteignant presque le milieu de la cornée. — Cette opacité semble résider dans les couches postérieures. La chambre antérieure est profonde, la pupille étroite, couverte en partie par un exsudat membraneux et notablement immobilisée à cause des synéchies postérieures. — La malade se plaint de tension, de douleurs et de larmolement de l'œil droit complètement aveugle. A noter l'atrophie, par places, de l'iris, qui permet d'apercevoir le cristallin opaque. La muqueuse du nez présente un catarrhe chronique. — Au voisinage du nez existe une éruption en apparence scrofuleuse.

La maladie pouvait, dans ce cas, porter l'étiquette de kératite ponctuée antérieure chez une ancienne trachomateuse; on prescrivit l'usage de la pommade xéroformée, de l'atropine, des compresses chaudes; on fit l'écrasement des granulations qui existaient encore; on fit, en plus, des irrigations nasales lysolées et des insufflations boro-tanniques. — La kératite ne se modifia guère; ses infiltrations gardèrent leur couleur jaune et leur apparence ancienne. Une cautérisation au galvano-cautère ne changea pas l'état des choses, une couche lardacée s'étant maintenue sous les eschares.

Un examen plus minutieux à la loupe et à la lumière locale montra alors la cornée présentant une opacité à stries. — Cette dernière s'étend du bord supérieur et dépasse le milieu. La limite est formée par une ligne demi-circulaire. La partie supérieure de l'opacité est couverte par des vaisseaux assez nombreux, mais super-

ficiels. En dirigeant bien le faisceau lumineux, on pouvait apercevoir des vaisseaux profonds, en pinceau, situés derrière le réseau superficiel, et atteignant les limites de l'opacité striée de la cornée. Ces vaisseaux abondent du côté externe. Ici, on réussit même à délimiter deux couches superposées de ces vaisseaux; une postérieure, et une antérieure quoique toujours plus profonde que la couche des vaisseaux superficiels formant le pannus. — Ces vaisseaux profonds semblent se diriger vers les infiltrations jaunes. — ... En présence des antécédents, de la résistance de l'affection oculaire et de l'éruption nasale, j'ai admis la nature « syphilitique ». Le traitement mercuriel a donné plein résultat. — Seule, la vue n'a pu s'améliorer, étant donné l'opacité du cristallin.

OBSERVATION VII

(Lazaref : in *Westnik Ophthalmologii*)

(Traduction due à l'obligeance du docteur Golowensky)

Jeune fille de douze ans, malade depuis trois ans de l'œil gauche, se plaint de larmoiement, de photophobie, de douleurs péri-orbitaires, de blépharospasme. — Le bord palpébral, les voies lacrymales ne présentent rien d'anormal. Hyperhémie conjonctivale. Injection péri-kératique. On remarque sur la cornée une tache couleur gris sale; c'est un infiltrat ovalaire de 4 millimètres de diamètre; son centre est plus foncé que la périphérie. Les limites de l'infiltrat sont un peu floues. La base est incluse profondément dans la cornée; le centre

est légèrement proéminent. L'ensemble de l'opacité rappelle un coagulum fibrineux, et se colore par la pyoctanine. La cornée est sensible, pas de vaisseaux bien apparents. La pupille est rétrécie, irrégulière, ne présentant aucune synéchie. — La fillette est d'une famille de syphilitiques et se trouve atteinte de syphilis héréditaire. La mère a eu trois enfants morts-nés et quatre fausses couches. A sa naissance, l'enfant présentait des éruptions et des ulcérations syphilitiques dont elle garde encore les traces. On constate la présence des traces de lésions osseuses anciennes. — Beaucoup de gros ganglions et coryza chronique. L'enfant est entrée à l'hôpital après un mois de traitement dans un autre hospice où elle fut seulement soignée à l'atropine. — Pas de données suffisantes pour expliquer la lésion par un processus local. Si ce processus dépend de l'état général de l'organisme, c'est la syphilis qui doit être incriminée, — dans le cas de scrofulose, ce sont les couches superficielles de la cornée qui se prennent, tandis qu'ici c'est la couche profonde qui est intéressée. — Si dans la scrofulose les couches moyennes et profondes sont prises, ces infiltrats, ordinairement de couleur grisâtre, sont plus étendus, irréguliers, prennent vite la couleur jaune et se désintègrent rapidement. — Cet ensemble de lésions cornéennes ne peut pas être dû à la kératite parenchymateuse ordinaire; cette affection étant attribuée à la syphilis, on se trouve en présence d'une *gomme de la cornée*.

En 1898, Peters a fait paraître dans la clinique ophtalmologique trois observations de gommcs cornéennes. Il a décrit lui aussi de vrais petits nodules isolés, au

cours d'une kératite et chez des sujets syphilitiques. Les trois cas de Peters étaient tous unilatéraux. (1).

OBSERVATION VIII

(Citée par M. Galezonski).

Madame Françoise X., 35 ans, cuisinière à Deauville, avait présenté auparavant une tâche bleue grisâtre sur cornée avec injection péri-kératique atteinte de syphilis depuis 10 ans

Cette malade était complètement guérie, ainsi que nous l'avons vu, lorsque le 7 octobre 1878, c'est-à-dire près d'un an après, elle revient à la clinique pour une iritis gommeuse des deux yeux, dont elle est atteinte depuis un mois. Cette iritis présente tous les caractères de l'iritis syphilitique : les pupilles sont à demi dilatées par l'atropine et ne présentent que quelques dépôts pigmentaires : l'iris est boursoufflé dans tout son bord pupillaire, et présente une teinte jaune cuivre, avec une saillie gommeuse, très marquée dans l'œil droit. Quant à la cornée, elle conserve sa transparence complète dans les deux yeux, jusque vers le 20 octobre. A cette époque, on voit se développer une Kératite interstitielle limitée au segment inférieur des deux cornées. Les douleurs péri-orbitaires, peu marquées jusque là atteignent une intensité considérable et sont bientôt accompagnées de larmoiement et de photophobie. Lorsque nous revoyons la malade dans les premiers jours de

(1) Peters. — *Ueber gumöse Hornhaut erkrankungen*, Ophthalmol. Klinik, 1898, p. 374 et 377.

novembre, nous trouvons les yeux larimoyants, les paupières supérieures complètement abaissées ; les douleurs sont un peu moins fortes qu'au début. La vision est à peu près nulle, c'est à peine si la malade distingue le jour et la nuit. L'injection périkeratique est des plus intenses ; au centre de l'infiltration interstitielle, qui n'a pas gagné en surface, nous apercevons une tache plus opaque, plus grande à droite, simulant parfaitement un abcès, dans l'épaisseur du parenchyme cornéen.

La malade est soumise aux frictions mercurielles, tandis qu'on prescrit comme régime interne le sirop de Gibert. Le traitement local consiste dans l'instillation de 4 gouttes d'atropine par jour.

Dans les premiers jours de décembre, on substitue au sirop de Gibert, l'Iodure de K. et la Duboisine à l'atropine, qui reste sans effet. Vers le 15 décembre, un mieux sensible s'est produit ; l'injection périkeratique a un peu diminué ; les pupilles sont dilatées, les dépôts blanchâtres cornéens se résorbent progressivement. Enfin les symptômes, douleurs, photophobie, ont à peu près cessé. Le 30, la résorption des opacités continue ; la malade se trouve beaucoup mieux ; elle commence à distinguer assez nettement les objets.

OBSERVATION IX

*(publiée par Galezowski, citée in thèse Dénarié 1883
et discutée).*

M. le comte de L., âgé de 25 ans contracta la syphilis il y a 5 ou 6 ans. Il avoue avoir eu quelques mois après

des accidents secondaires contre lesquels il n'a subi qu'un traitement irrégulier et insuffisant. Il est faible, chétif, et souffre depuis plusieurs années d'une bronchite à répétition, ce qui fait supposer à M. Fournier l'existence d'une tuberculose.

C'est au commencement du mois de juillet que le comte de L. a été pris d'une inflammation de l'œil gauche avec une injection périkératique intense et de légères douleurs périorbitaires. Nous avons pu constater l'existence d'un trouble léger de la cornée avec un dépôt plastique au centre, ayant une teinte opalescente. Nous avons cru devoir rattacher cette affection, qui en apparence ressemblait à un abcès, à la cause syphilitique et nous avons soumis le malade au traitement par des frictions hydrargyriques et l'Iodure de K. Au bout de 3 semaines de ce traitement, un mieux sensible s'est déclaré; la tache a disparu complètement, ainsi que la rougeur périkératique, et le malade a pu se rendre aux eaux sulfureuses des Pyrénées, pour suivre une cure que réclamait l'état de ses poumons.

Revu le 18 octobre. — Guérison complète.

Discussion. — Cette observation présente un point faible, c'est la coexistence de la tuberculose. Mais le Dr Dénarié se range absolument à l'opinion du Dr Galezowski qui n'hésite pas à considérer l'affection cornéenne comme d'origine syphilitique. Il a du reste en sa faveur l'efficacité rapide du traitement spécifique. Nous reviendrons sur cette observation après la suivante.

OBSERVATION XI

(In thèse Docteur Couzomb, citée par Dénarié, in
thèse 1883)

Madame Pot..., trente-sept ans, se présente à la clinique du Docteur Parinaud le 11 janvier 1883.

On constate dans l'œil gauche une infiltration parenchymateuse, se présentant sous la forme de taches blanches dont cinq ont le volume d'un grain de riz. Il y en a de plus petites répandues dans toute l'épaisseur de la cornée, dont la substance n'offre pas l'opacification diffuse de la kératite interstitielle ordinaire. La plupart des taches occupent les parties profondes de la cornée; quelques-unes cependant sont assez superficielles, ainsi qu'on le constate dans l'éclairage oblique.

Pas d'ulcération, ni de desquamation trop prononcées de la surface cornéenne. L'iris se dilate bien par l'atropine, pas de synéchies.

Injection périkeratique insignifiante. Douleurs assez vives depuis huit jours.

Le trouble de la vue a débuté dans cet œil, il y a quatre mois. On éclaire difficilement le fond de l'œil. L'œil droit présente une seule tache semblable à celle de l'œil gauche, sans iritis.

La syphilis est avérée ici : le mari de la malade avoue avoir eu la syphilis il y a quelques années. Sa femme nous raconte que depuis deux ans elle a eu de grands maux de tête, surtout la nuit, des maux de gorge, qu'elle a perdu

ses cheveux, qu'elle a eu des boutons sur le corps et principalement sur le ventre : elle se résigne à nous en montrer les cicatrices ; elles sont typiques, déprimées, lissées, légèrement teintées sur les bords et arrangées en bouquet ou plutôt en-croissant, au-dessus du pubis.

Elles témoignent d'une syphilis déjà ancienne.

M. Parinaud lui donne alternativement du sirop de Gibert et de l'Iodure de K. Après deux mois de traitement, la kératite interstitielle a guéri sans laisser aucune trace. Le 16 mai, la malade revient à la clinique pour de nouveaux troubles de la vue. Il ne s'agit plus de sa kératite qui est parfaitement guérie, mais d'une choroïdite spécifique double, très caractéristique de la diathèse, et plus prononcée à gauche.

On la soumet à l'Iodure de potassium et aux frictions mercurielles.

Discussion. — Cette observation nous montre une malade, chez laquelle la syphilis est avérée et date de plusieurs années, les accidents syphilitiques qui sont décrits dans l'observation nous permettent de conclure que l'affection spécifique était dans la période tertiaire, au moment où la malade fut atteinte de son affection cornéenne. Cette affection se manifeste par des symptômes tout à fait caractéristiques qui attirent l'attention du Docteur Couzomb, voici ce qu'il dit à ce sujet : « Cette observation est intéressante à plusieurs titres ; l'infiltration en grosses taches, semblables à des abcès, l'absence de vascularisation, l'absence d'iritis. Elle nous montre aussi la syphilis attaquant sans merci l'organe de la vision. »

Pour nous cette observation est concluante : ces grosses taches ressemblant à des abcès survenant chez un syphilitique à la période tertiaire, ne sont autre chose que des gommès de la cornée.

OBSERVATION X (*Résumée*)

Demaria (Buenos-Ayres)

In Archivos de ophthalmologia Hispano-Americ.

Janv. 1908

Il s'agit d'une jeune fille de vingt ans, atteinte d'une inflammation de la cornée.

Avec une légère injection périkératique, se présentent dans la profondeur du parenchyme cornéen une série de petits nodules, nettement délimités, et n'empiétant nullement sur les parties superficielles de la cornée.

L'iris était légèrement pris aussi, et présentait quelques synéchies postérieures. Le retentissement sur les autres parties de l'œil était peu marqué. Avec ça, des dents typiques d'Hutchinson, sans cependant inflammation ganglionnaire ni lésion quelconque du côté auriculaire.

INTRODUCTION

Les Gommès de la Cornée sont une forme de Kératite syphilitique rare ; c'est d'ailleurs ce qui explique que leur existence ait été si souvent niée ou mise en doute.

Il ne s'ensuit cependant pas qu'elles n'aient point une individualité propre. La cornée n'est pas en effet un tissu à part, d'où la syphilis est exclue. C'est une modification du tissu connectif, au même titre que toutes celles que nous rencontrons dans l'économie. « C'est une portion de tissu fibreux sclérotical, dit Eloui(1), qui s'est modifié pour s'adapter à des fonctions nouvelles. » La tumeur gommeuse en général se développe exclusivement dans la trame du tissu conjonctif, soit dans le derme, l'hypoderme et le périoste, soit encore dans l'élément connectif des viscères ; pourquoi, dès lors, n'affecterait-elle pas le tissu fibreux cornéen ? Et de fait, la syphilis attaque bien la cornée. On sait, à l'heure actuelle, que la syphilis primitive de la membrane transparente de l'œil semble possible. Nombreux sont les cas de syphilis expérimentale chez l'animal (lapins, chiens ou chats, singes).

(1) Eloui. — Recherches histologiques sur la cornée. Thèse Lyon 1880.

Bertarelli a montré le premier, que l'on pouvait, après inoculation cornéenne déceler la présence de l'agent pathogène de la vérole, ce dernier, acquérant même, dans ce parenchyme, une virulence encore plus grande, non seulement vis-à-vis du singe, mais encore vis-à-vis d'animaux réfractaires au virus humain, tels que le cobaye. Hoffmann et Brünig, ont à leur tour essayé d'inoculer la syphilis aux carnivores (chiens); l'inoculation de la chambre antérieure par éraflure simple de la membrane de Descemet produisit une réaction intense du côté de la cornée, et une Kératite ayant pour point de départ l'éraflure cornéenne s'en suivit, avec injection péricornéenne et iritis. Par l'inoculation de la chambre antérieure sans la moindre lésion de la membrane de Descemet, les mêmes réactions se produisirent. De plus, après énucléation du globe oculaire, et coloration des parties malades au Giemsa, on décéla la présence de tréponèmes pâles. Greef a étudié les troubles survenant chez les animaux après inoculation de la cornée par le virus syphilitique; on note, dit-il, « une véritable Kératite profonde ressemblant à celle de la syphilis héréditaire, et l'examen des cornées, au début du trouble cornéen montre des masses de tréponèmes, non seulement dans les parties troubles, mais bien au-delà. » — Citons encore les résultats positifs des recherches de Salmon sur l'inoculation syphilitique expérimentale de la cornée, et, plus récemment, de Roussel, Levaditi, et Yamamouchi. Enfin, un cas cité par Binet se rapporterait peut-être à une inoculation sur la cornée humaine, constituant un véritable ulcère cornéen

chancreux primitif. — La syphilis secondaire ne respecte pas davantage la membrane transparente de l'œil : il existe des plaques muqueuses de la cornée (Antonelli, Trantas). — Quant à la syphilis tertiaire, héréditaire ou acquise, son processus inflammatoire diffus choisit fort souvent le tissu cornéen.

Et à ce propos, comme le font remarquer Antonelli et Benedetti, « l'Anatomie Pathologique de la Syphilis tertiaire nous apprend que les gommès de n'importe quel organe sont rarement des foyers isolés, se constituant au milieu de tissus sains, et qu'elles se forment par contre au sein du tissu atteint d'abord de processus inflammatoire tertiaire diffus, en d'autres termes, c'est au cours de l'osteoperiostite tertiaire que se manifeste la gomme osseuse ; c'est au cours de l'hépatite et de l'orchite syphilitiques que les foyers gommeux du foie et du testicule apparaissent et ainsi pour toute autre localisation. »

La cornée obéit aux mêmes lois, et voilà pourquoi les gommès cornéennes, se manifestent dans la plus grande part des cas alors que la cornée est déjà depuis un certain temps atteinte d'un processus inflammatoire diffus, dont l'intensité peut être telle qu'elle masque en grande partie quelquefois les manifestations gommeuses elles-mêmes.

Nous sommes donc autorisés à penser que la lésion gommeuse syphilitique est possible au niveau de la

(1) ANTONELLI et BENEDETTI. — *Des affections syphilitiques de la cornée à forme rare*. (Recueil d'ophtalmologie, juillet-août-septembre 1905).

cornée, celle-ci étant réceptive vis-à-vis de la vérole, et présentant, en tant que modification du tissu conjonctif — un terrain favorable aux diverses manifestations de la syphilis.

Étiologie

La Syphilis est à la base même de ces Kératites à forme un peu spéciale, et ici, aucune distinction ne doit être faite entre les divers âges où cette infection se contracte. « La syphilis est toujours la syphilis, dit le professeur Fournier (1), et je ne vois vraiment pas pourquoi, la syphilis contractée in-utero serait incapable de produire ce que produit la syphilis extra-utérine, c'est-à-dire capable de déterminer tels ou tels accidents, à échéance plus ou moins reculée, incapable d'affecter une évolution chronique, une durée infinie... etc... »

En ce qui concerne les lésions cornéennes, il n'y a pas de différence bien nette entre une syphilis contractée en bas âge et une syphilis prise « in-utero » — ; n'observe-t-on pas d'autre part tous les types de transition entre la syphilis des premiers ans et celle de l'adulte ? Bien plus, souvent se présentent des cas où l'identité est absolue. — Et les cas, en apparence dissemblables, tiennent surtout, croyons-nous, à une différence de terrain, beaucoup d'hérédo-syphilitiques ayant souvent une prédisposition morbide antérieure, une diathèse rhumatismale ou scrofuleuse, en particulier qui modifie l'évolution des accidents, en sorte que l'action de l'infection syphilitique nous paraît une,

(1) FOURNIER. — *La syphilis héréditaire tardive*. Paris 1886.

les différents symptômes, observés dans les différents âges où elle a été contractée, ne présentant que des modifications légères d'allures, et des variations d'intensité. L'agent pathogène spécifique n'a pas encore été découvert dans les lésions tertiaires de la syphilis cornéenne ; les observateurs sont d'accord pour reconnaître que les tréponèmes disparaissent peu à peu à mesure que vieillit la syphilis.

Nous n'en pensons pas moins qu'ils sont les provocateurs de ces désordres spéciaux de la cornée, comme ils sont les agents des lésions primaires et secondaires.

Anatomie Pathologique

L'Etude-Anatomo-Pathologique de la gomme cornéenne n'a été faite que dans le cas de gomme, de Dénarié. De pareilles vérifications ne peuvent être que très rares étant donné le manque de complications générales graves de la syphilis pouvant déterminer l'énucléation oculaire ou même la mort, chez des malades qui se sont présentés à un médecin, et qui, par suite, ont suivi un traitement toujours plus ou moins curateur. Nous citerons les résultats de l'examen de Dénarié, renvoyant à nos diverses observations pour les caractères anatomo-pathologiques macroscopiques et généraux de ces lésions cornéennes : Dénarié pratiqua d'abord une section verticale de l'œil ayant séjourné dans un liquide conservateur, suivant un plan passant par le milieu du nerf optique et de la cornée. — « Celle-ci examinée sur sa tranche présentait un épaissement blanchâtre paraissant faire saillie du côté de la chambre antérieure. Détachée de la pièce anatomique, et vue dans son ensemble, elle présentait sur sa face postérieure, un système de plicatures rayonnant de la périphérie au centre. Dans cette région était un épaissement d'une teinte blanc jaunâtre ayant un peu la forme d'un croissant et à la surface duquel les plis étaient comme froissés, sans

direction principale. C'est vers cette plaque que rayonnaient tous les autres plis. »

Sur l'autre hémisphère de l'œil, où la cornée n'avait pas été enlevée, on remarquait « une soudure manifeste de l'angle irien à la face postérieure de la cornée. Au niveau de la plaque postérieure, le tissu cornéen apparaissait gonflé par une masse blanchâtre dont le niveau dépassait celui de la face interne de la membrane, et qui s'infiltrait, mais peu profondément dans son épaisseur. De plus, à un grossissement de cinq diamètres environ, on reconnaissait un soulèvement évident de la membrane vitreuse. — Trois synéchies de la pupille à la capsule antérieure du cristallin. »

Examen microscopique. — « La tache jaune qui tapisse la face postérieure de la cornée et qui la rendait opaque est formée aux dépens des lames postérieures, par une énorme invasion de leucocytes qui, cheminant à travers la couche profonde sont venus s'accumuler au-dessous de la membrane de Descemet, décollée et soulevée. Chose remarquable, l'endothélium de revêtement de cette membrane paraît sain dans la partie décollée. L'iris et les procès ciliaires sont semés de leucocytes. »

L'ensemble de cette description, ajouté aux caractères macroscopiques cités plus haut, correspond parfaitement aux caractères anatomo-pathologiques d'une gomme syphilitique. En effet, au centre de la tache gris jaunâtre, les éléments propres du tissu cornéen ont disparu, et de la périphérie, sont arrivées en masse, les jeunes cellules issues par diapédèse de

la région environnante anormalement vascularisée, comme dans toute inflammation. Des territoires de nécrose se sont produits par oblitération vasculaire, leur pourtour étant nettement circonscrit par une zone de cellules jeunes, destinées à former, par évolution imparfaite, une petite zone scléreuse.

C'est donc là le tableau anatomò-pathologique, d'une gomme syphilitique, telle que la définit le professeur Tripièr (1) : « Néoproduction cellulaire, avec tendance à la sclèrose, qui infiltre le tissu, principalement au niveau des vaisseaux, en les oblitérant, et ceux-ci déterminent des nécroses tissulaires dans les territoires correspondants. »

Cette définition même nous indique pourquoi la gomme ne se manifeste dans la cornée qu'après un stade d'inflammation préalable de la membrane transparente de l'œil ; car l'inflammation suffit à la vasculariser, alors que normalement elle est sans vaisseaux, et lui fournit ainsi les éléments nécessaires au développement du nodule gommeux.

(1) TRIPIER. — *Traité d'Anatomie Pathologique*. — 1904.

Symptomatologie

Les symptômes peuvent être divisés en signes subjectifs, ces derniers visant surtout l'ensemble des troubles fonctionnels et des réactions des régions avoisinantes, et signes objectifs, locaux, que révèle l'examen direct de la cornée elle-même.

I. — Symptômes subjectifs.

L'affection survenant au cours ou à la suite d'un processus inflammatoire spécifique de la cornée, débute par une baisse progressive de la vue, faiblissant de plus en plus, au fur et à mesure que la cornée s'opacifie plus fortement, avec une rapidité plus grande encore si une complication irienne s'est de son côté manifestée.

Le malade éprouve une sensation de tension gênante dans le globe de l'œil, et se plaint de douleurs orbitaires, peu intenses en vérité, mais sourdes, tenaces, avec redoublement d'intensité nocturne. La photophobie qui existe très souvent au début n'est pas constante pendant toute la durée de l'affection. Le larmoiement est toujours plus ou moins intense. L'ensemble de ces derniers symptômes peut aux premiers temps de la maladie se présenter par intermittences, pour ne revêtir le caractère continu que bien plus tard.

II. — Symptômes objectifs.

Les manifestations du tertiarsme cornéen prennent deux formes, suivant que les gomme présentent l'aspect de nodules, bien limités, rares ou nombreux, ou que l'on a affaire à une gomme diffuse de toute la cornée. Aussi distinguerons-nous deux types principaux : le type *nodulaire*, comportant soit une gomme solitaire, deux au plus, volumineuse, saillante, soit plusieurs gomme, plus petites ponctuant les couches profondes du parenchyme cornéen, le type *diffus*, ou gomme totale de la cornée.

a) Type Nodulaire.

1° Gomme solitaires. — Cette variété du type nodulaire, fréquente surtout dans la syphilis acquise, a été observée par plusieurs auteurs (Dénarié, Peters, Vinsonneau, Terson, Antonelli, Vicherkiewicz).

Le globe de l'œil apparaît anormalement vascularisé, avec cercle périkeratique et injection des vaisseaux conjonctivaux. La périphérie de la cornée est parfois encadrée de petites surélévations tenues ; quelques-unes ont l'aspect de petites vésicules et leur coloration est d'un gris jaunâtre un peu analogue à la lésion cornéenne fondamentale. La cornée elle-même a un aspect général trouble, couleur grisâtre et qui va en s'accroissant de plus en plus ; se détachant sur cette infiltration générale, apparaissent une ou deux taches gris jaunâtre, en forme de larme, de virgule, à con-

tours nettement limités, faisant quelquefois saillie à la surface cornéenne, sans tendance particulière à l'ulcération ; cette tache est le centre d'une fine trame de petits vaisseaux convergents de la périphérie pour aboutir soit en avant, soit en arrière de cette opacité cornéenne, en constituant un véritable réseau. Parfois la coloration varie, prend dès le début une teinte blanchâtre, simulant un abcès de la cornée, sans cependant en avoir les symptômes aigus et l'évolution.

Le siège de cette gomme est profond, et ce n'est que par le fait d'un développement progressif qu'elle fait saillie à la surface de la cornée. Elle siège au début, tout à fait au-dessous de la membrane de Descemet comme l'a établi Dénarié. L'éclairage oblique permet d'ailleurs de se rendre compte aussi de la profondeur de l'infiltrat et en précise les détails et les contours. Dans la plupart des cas, cette masse gommeuse est accompagnée d'un satellite plus petit, à pourtours moins nets et qui présente tous les caractères de l'infiltration principale. Enfin, dans un cas, cité par Vinsonneau, ce dernier a pu, après anesthésie à la cocaïne et sur la demande de la malade, se rendre compte de la nature « crayeuse, dure, siliqueuse » de la gomme.

Cette infiltration circonscrite des couches profondes de la cornée, ne va pas sans retentir sur les parties tout à fait voisines ; aussi observe-t-on souvent une iritis plus ou moins accentuée, et qui constitue une complication si fréquente qu'elle peut presque devenir un symptôme.

Mais cette réaction irienne a bien ses allures particulières. Ce n'est pas l'iritis à symptômes aigus des

complications des affections suppuratives de la cornée ; l'évolution est plus sourde, plus insidieuse et la marche est subaiguë. Les symptômes généraux atténués sont peu en rapport avec le degré des signes inflammatoires, ce qui rapproche cette iritis de l'iritis syphilitique. Souvent aussi, on observe des gommes concomitantes de l'iris, des régions voisines ou d'autres points de l'économie (canal lacrymo-nasal, paupières, voûte palatine, cerveau, membres inférieurs), ce qui facilite encore le diagnostic de « kératite gommeuse syphilitique ».

2° Gommes Multiples. — Celles-ci relèvent plutôt, sans que ce soit cependant absolu, du domaine de l'héredo-syphilis. C'est surtout en effet dans l'héredo-syphilis que la kératite parenchymateuse est fréquente, et nous savons que cette dernière favorise l'éclosion des granulomes gommeux. Les symptômes inflammatoires déjà signalés ne manquent point ; la cornée présente une série de taches blanchâtres, quelques-unes peu nombreuses, pouvant atteindre le volume d'un grain de riz ; d'autres, et c'est la majorité, sont répandues dans toute l'épaisseur du parenchyme cornéen, grosses comme des têtes d'épingles, les unes superficielles, la plupart profondes ; leurs contours sont ici nettement limités et aucune d'entre elles ne présente la moindre tendance ulcéralive. Le retentissement à distance est généralement moins marqué que dans la forme précédente.

b) Type diffus (Gomme totale).

Les cas sont rares ; la gomme unique cette fois, envahit toute la cornée et son évolution rapide, maligne, aboutit à un véritable sphacèle d'une ou des deux cornées. Il y a là un véritable phénomène de fonte gommeuse favorisée et activée par les états pathologiques concomitants, tels que la grossesse (Trantas), la cachexie hérédosyphilitique, ou quelque grave dystrophie (Terson, Vicherkiewicz, etc.). Il arrive même que la fonte totale de la cornée se fait en même temps que l'infiltration gommeuse totale de l'œil, comme dans le cas cité par Millet (1), et recueilli dans le service ophtalmologique du professeur E. Rollet.

MILLET : Infiltration gommeuse syphilitique de l'œil. — *Thèse, Lyon, décembre 1907.*

Diagnostic

A. — Diagnostic symptomatique.

Il s'établit sur les commémoratifs, sur l'ensemble des symptômes subaigus inflammatoires précédemment établis, et sur le dépôt plastique cornéen, à contours nettement limités, à coloration gris jaunâtre, siégeant dans les parties profondes du parenchyme cornéen, n'évoluant pas vers l'ulcération.

B. — Diagnostic différentiel.

Une des causes d'erreur les plus grandes, est représentée par l'*abcès de la cornée*. L'abcès aigu présente quelquefois un dépôt gris sale, plus ou moins irrégulièrement ovalaire ; mais le siège en est à la partie déclive de la cornée, et les signes inflammatoires sont autrement accusés que dans la gomme qui ne présente pas généralement comme l'abcès des contours flous, irréguliers, en jeu de patience, ni cette tendance à l'extension progressive ; aboutissant à l'ulcération. Enfin on ne note jamais d'hypopion dans les syphiles cornéens. Reste la confusion possible avec un abcès indolent ; ce dernier se rencontre chez les dystrophiques en bas âge, est superficiel, s'étend en nappe, fusant vers la limite externe de la cornée, pour venir s'y faire jour et donner lieu à une ulcération.

La *Gomme Tuberculeuse* ressemble parfois aux

gommès syphilitiques; mais ici, les antécédents montrent la plupart du temps un sujet tuberculeux et non syphilitique; la séro-réaction et les divers autres procédés de laboratoire relatifs au diagnostic de la tuberculose, peuvent encore venir éclairer le diagnostic. Au surplus, les symptômes généraux sont atténués dans les deux maladies, et ce dernier fait complique le problème; mais dans la tuberculose, la lésion cornéenne est toujours secondaire à une lésion de même nature de l'iris, du corps ciliaire ou de la conjonctive; dans la syphilis, l'iritis naît après la gomme. La tuberculose a des opacifications blanchâtres, claires, sans limitation bien précise des contours; enfin le traitement mercuriel n'a pas sur les nodules tuberculeux l'effet actif qu'il présente sur les syphilomes cornéens.

Cependant, dans le cas d'un sujet tuberculeux, et syphilitique, nous avouons que le diagnostic est d'une difficulté extrême, et que seuls, la présence de lésions du même âge et de même nature dans d'autres points de l'économie, le mode d'évolution, et l'action nettement positive ou négative du traitement, peuvent incliner la balance de tel ou tel côté.

Des lésions lépreuses. — La forme interstitielle seule peut en imposer à première vue pour des granulomes syphilitiques. Mais cette variété de kératite lépreuse ne s'accompagne jamais de lésions dégénératives spéciales. Entre les lames cornéennes, et dans les cellules d'infiltration, se trouvent des amas de bacilles lépreux; l'évolution se fait vers un type érosif qui est l'aboutissant de ces lésions interstitielles. Enfin, cette infiltra-

tion cellulaire siège de préférence dans les couches antérieures de la cornée. Le diagnostic se fait aussi, et surtout par la présence des manifestations cutanées, nasales ou nerveuses, qui précèdent les lésions oculaires.

Bien des *formes de kératites* peuvent simuler le tableau symptomatique du processus gommeux syphilitique. La *Kératite interstitielle* peut être d'autant mieux confondue avec les lésions gommeuses multiples, qu'elle précède ou accompagne ces dernières. Mais nous avons affaire à une opacification lente et diffuse de la cornée, c'est une sorte de nuage qui envahit la membrane transparente. Ce stade d'opacification est ensuite suivi par un stade de vascularisation et la cornée devient alors parfois rouge cerise. Rarement sans symptômes réactionnels, l'affection présente le plus souvent une photophobie telle, que le malade est obligé de rester dans une chambre noire. Les parties voisines subissent vivement le contre-coup de ces lésions inflammatoires. L'injection périkeratique est intense, l'iris se prend, et les douleurs périorbitaires surviennent. Si les gommes n'apparaissent pas, on assiste alors à une période de régression, aboutissant rarement cependant à l'intégrité primitive de la cornée et de l'acuité visuelle, bien souvent de vastes leucomes venant voiler la cornée.

La *kératite disciforme*, se présente sous la forme d'opacités gris blanc, ovales, avec un petit bourrelet périphérique. Mais les antécédents montrent un sujet, le plus souvent indemne de syphilis ; l'épithélium cor-

néen, sans être rompu est dépoli ; aucune vascularisation venant du limbe ; on trouve au microscope une série d'agents pathogènes, indiquant comme le pense Fuchs qu'il s'agit là d'une infection d'origine purement externe.

Une autre forme, étudiée par Lazareff et diagnostiquée par lui : « *Lupus érythémateux cornéen* » se présente avec un infiltrat *superficiel*, d'aspect grisâtre, de forme triangulaire et qu'on peut subdiviser en une série de points blanchâtres de la grandeur d'une tête d'épingle. Nous résumons à ce sujet, le cas qu'il a décrit :

Le frottement superficiel de la cornée, à l'aide d'un tortillon fait disparaître quelques uns de ces points blancs, et l'on constate alors par la coloration à la pyocanine de légères exfoliations de l'épithélium.

Cet infiltrat est d'ailleurs vascularisé et les phénomènes d'irritation de l'œil et des parties voisines sont très réduits. Seul, se montre un léger cercle périkeratique. L'évolution, longue, présente des alternatives d'états aigus et de sédation, s'accompagnant d'une évolution semblable avec mêmes phénomènes alternatifs, d'un *lupus érythémateux* de la face. Chaque poussée aiguë du *lupus* provoque une recrudescence des signes cornéens que ne vient expliquer aucun antécédent syphilitique ou tuberculeux et qui doivent être naturellement rattachés à la lésion lupique de la face.

Ce résumé rapide d'un cas très rare nous montre des signes suffisamment distincts, permettant d'écarter une gomme syphilitique.

Restent une série de Kératites syphilitiques si

semblables aux manifestations cornéennes tertiaires, que beaucoup d'auteurs les ont rangées dans celles-ci, et que d'autres, plus prudents peut-être, ont considérées comme un stade intermédiaire entre la Kératite interstitielle syphilitique et les gommes cornéennes; nous voulons parler de la Kératite punctiforme de Hock (ponctuée de Mauthner) et de la Kératite phlycténulaire des hérédosyphilitiques scrofuleux et rachitiques (Wicherkiewicz).

La première se caractérise par un fin sablé de pseudo-granulomes, de même volume, disséminés régulièrement dans la cornée, ressemblant à de petits grains de semoule, apparaissant et disparaissant avec une très grande rapidité et ne s'accompagnant d'aucune réaction inflammatoire locale ou des régions voisines. Ces différents caractères en font un type à part et nous pensons que cette Kératite doit être différenciée des gommes multiples, plus individualisées et plus tenaces, malgré leur ressemblance avec ces dernières.

Il faut les considérer selon l'opinion d'Antonelli et de Benedetti comme une forme disséminée de Kératite interstitielle, due à la syphilis acquise, d'autant plus que cette affection, comme précisément dans le cas de Hock, évolue en même temps qu'une Kératite parenchymateuse de l'autre œil, à une période secundo-tertiaire de syphilis acquise.

La forme *Phlycténulaire*, outre qu'elle se présente toujours chez des hérédosyphilitiques dystrophiques, se manifeste parfois sous une forme qui simule la grosse phlyctène et qui souvent est jugée telle, et

soignée par suite sans résultat. Elle présente tous les symptômes généraux de la gomme cornéenne. A pareil stade on se trouve bien en présence d'une Kératite phlycténulaire syphilitique.

Elle se différencie en effet de la vraie Kératite phlycténulaire, par ce fait que « elle fait davantage saillie au-dessus du niveau de la cornée ; elle est de coloration plutôt jaune que grise ; elle manque de vaisseaux superficiels, mais reçoit souvent des vaisseaux profonds, disposés en balais. Elle n'a pas de tendance au ramollissement. La forme vraie, non syphilitique, présente une infiltration plutôt grise, souvent entourée de vaisseaux superficiels ; elle tend au ramollissement et à la production d'ulcères ; elle cause plus de gêne et s'accompagne fréquemment d'une irritation de l'œil tout entier » (1).

Mais il arrive que cette phlyctène « survenant dans certains cas chez des enfants au visage bouffi, aux lèvres tuméfiées, aux glandes lymphatiques sous-occipitales et cervicales augmentées de volume (2) provoque une recrudescence de l'irritation oculaire. Alors les vaisseaux conjonctivaux, les plus proches de cette opacité Kératique se multiplient et s'injectent fortement. Des vaisseaux profonds se développent aussi ; et l'opacité elle-même, s'accroissant et se délimitant nettement devient une véritable gomme cornéenne.

Aussi estimons-nous que cette variété de Kératite se rapproche tellement de la gomme cornéenne pure

(1) Wicherkiewicz. Annales d'Oculistique, novembre 1900.

(2) *Idem.*

que nous sommes autorisés à la considérer comme entrant le plus souvent dans le cadre de la Kératite gommeuse chez les hérédo-syphilitiques.

Dans le cas où l'opacité est plus phlycténoïde que gommeuse, nous pensons qu'elle constitue une forme de passage entre la Kératite ponctuée vraie et la Kératite gommeuse.

Evolution et Pronostic

Le pronostic est, toutes proportions gardées, bénin.

L'acuité visuelle, sans revenir à une intégrité complète, peut fortement s'améliorer.

Les gommages évoluent sans tendance ulcéralive, et peuvent se terminer par résorption. Le poli de la cornée est respecté.

La vascularisation, comme pour la Kératite parenchymateuse est un bon signe pronostique, car elle facilite la guérison.

Les nodules gommeux peuvent guérir sous l'influence d'un traitement énergique et peu tardif, sans laisser de traces, ou du moins, sans abandonner des reliquats capables de nuire à la fonction visuelle.

Dans la variété nodulaire à gommages multiples, la résorption est plus lente ; les opacités persistent plus longtemps et gardent un certain temps leurs petits pinceaux vasculaires.

Dans la forme de l'infiltration totale, l'œil est irrémédiablement perdu, au point de vue fonctionnel.

Traitement

Plusieurs traitements ont été essayés : ils ont tous à leur base le Mercure et l'Iodure ; nous en citerons quelques-uns ayant donné d'excellents résultats, et nous exposerons en dernier lieu, celui de notre maître, le Professeur E. Rollet, qu'il emploie actuellement à la Clinique Ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu.

Terson soumet le malade à une cure d'injections intra-fessières à l'huile bi-iodurée centésimale, gâïacolée et camphrée : « L'adjonction de gâïacol synthétique (un gramme pour trente centimètres cubes d'huile bi-iodurée) préconisée par Ed. Bazin rend la préparation d'huile bi-iodurée ordinaire la moins pénible des injections intra-musculaires » (1). Il emploie tantôt la solution de Panas à $\frac{4}{1000}$ (il en injecte toujours deux centimètres cubes) tantôt la solution centésimale, rendue plus visqueuse par l'huile de ricin et de noix, et un peu plus désagréable à manier. Le malade prend, les jours où aucune injection n'est faite (un jour sur deux) de l'huile de foie de morue et un mélange de sirop de Gibert et de sirop iodo-tannique.

— Chez une malade de Terson, l'amélioration fut grande au début, mais l'apparition dans la suite de nouveaux accidents sérieux fit passer à un traitement plus énergique qui réussit cette fois parfaitement.

Il s'agit d'une série d'injections intra-fessières de

(1) TERSON. Les gommes de la cornée. Archiv. ophtalm. Janvier 1905, page 265.

calomel (0 gramme 05) et à raison de deux par semaine.

En même temps la malade prend du calomel à l'intérieur.

On la met aussi à l'Iode sous diverses formes. — Les résultats sont excellents.

Il est inutile d'employer le cyanure, le benzoate ou le salicylarsinate de Mercure. L'huile stérilisée au sublimé, préconisée par Burlureaux, reste plus douloureuse que l'huile bi-iodurée gaulacée et camphrée et ne paraît pas donner de meilleurs résultats. Elle donne bien souvent lieu à de l'intolérance assez vive de la part du malade. Pourtant, en associant à l'injection des applications externes et cornéennes de pommade au calomel, Vinsonneau a réussi à faire disparaître les gommès très rapidement. Une médication aux pilules de Dupuytren alternant avec une potion iodurée suivait la série d'injections.

Nous pensons avec notre maître, le professeur Rollet qu'il faut employer dans ces formes de syphilis oculaire un traitement mixte d'emblée, car il importe d'agir rapidement. « L'indication formelle, dit Fournier, est de faire feu de toutes pièces, c'est-à-dire de prescrire simultanément le Mercure et l'Iodure.... plus tard on aura recours au traitement alterne et l'on prescrira pour trois semaines le Mercure, pour les trois semaines suivantes l'Iodure et ainsi de suite.... l'essentiel est que chacun de ces remèdes soit donné à bonne dose » (1).

(1) Fournier. — La syphilis héréditaire tardive. Paris 1886, p. 205.

Il faut donc un traitement sévère et intensif et qui doit être prolongé, car la maladie est longue.

Appliqué seul, le Mercure ne réussit pas toujours, alors que la thérapeutique iodo-mercurielle compte de réels succès. On fait au malade des frictions à l'onguent napolitain, les remplaçant si l'on veut, par une série de piqûres intra-fessières de bi-iodure de Mercure (à raison de un à deux centigrammes) et l'on donne de suite l'Iodure de Potassium (six à huit grammes par jour). — A de petites doses, en effet, la médication iodée ne donne rien ; il faut la dose massive, et, chose curieuse, il n'y a pas à craindre dans ce cas, d'intolérance iodée, alors que le malade supporte mal de fort petites quantités d'Iodure. C'est comme l'explique Dor (1) « qu'ils dissocient l'Iodure de Potassium dans l'estomac, mettent l'iode en liberté, qui lui-même est le meilleur dissolvant de l'Iode. Si l'on augmente la dose d'Iode, il y a une solution relativement forte dans le sérum sanguin, et qui maintient dans le sang l'Iode susceptible de diffuser dans les tissus et de donner par suite des accidents d'Iodisme. » — D'ailleurs un bon moyen indiqué par Dor pour éviter tout accident d'Iodisme est de donner l'Iodure en lavements, dans du lait, ce qui évite la dissolution des impuretés des iodures (iodates) par le suc gastrique de certains malades hyperchlorhydriques. Nous préconisons donc le traitement intensif et simultané à l'Iodure et au Mercure. Cette thérapeutique, pour adulte, ne présente, lorsqu'elle est

(1) H. Dor. — Discussion à propos du traitement iodo-mercuriel dans les kératites syphilitiques (Lyon médical, octobre 1908).

appliquée aux enfants qu'une modification de doses. Le professeur Rollet tente chez l'enfant les injections intra-fessières de bi-iodure de Mercure à dose diminuée de moitié. Si l'intolérance de l'enfant se manifeste, il prescrit des frictions à l'onguent napolitain et y associe le traitement ioduré (4 grammes).

Ce dernier est généralement très bien toléré, les résultats sont tout à fait excellents.

CONCLUSIONS

I. La Kératite Gommeuse, manifestation tertiaire de la syphilis est une entité morbide ayant sa place à part dans la Pathologie Oculaire.

II. Elle peut affecter deux formes :

1°) *Nodulaire*, se divisant en type solitaire et type multiple ;

2°) *Diffuse*. C'est la gomme totale de la cornée. Dues à la syphilis héréditaire ou acquise, ces gommès apparaissent le plus souvent au cours d'une Kératite interstitielle évoluant déjà depuis un certain temps, et parfois tardivement et insuffisamment traitée.

III. Toute gomme syphilitique de la cornée se caractérise par un dépôt plastique d'aspect jaune sale, sans tendance ulcéralive, siégeant dans les parties profondes de la cornée, à contours nets, vascularisés, avec phénomènes inflammatoires subaigus.

IV. Elle se différencie d'un abcès cornéen aigu ou indolent, des nodules tuberculeux ou lépreux, de certaines Kératites à forme spéciale.

V. Le traitement mercuriel associé en même temps à la médication iodurée à hautes doses a généralement

raison de ces lésions qui rétrocedent sans laisser de traces ou ne laissent qu'une tache légère, présentant un pronostic relativement bénin, si le traitement est énergique, suivi, et le mal pris à temps. La fonte totale de la cornée peut parfois se montrer malgré un traitement énergique ; elle laisse des désastres irréparables.

VU :

Le Doyen,

L. HUGOUNENQ.

Le Président de la Thèse,

ETIENNE ROLLET.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 27 novembre 1909.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- ANTONELLI ET BENEDETTI. — Les affections syphilitiques de la cornée à forme rare. Recueil d'Ophtalmologie (juillet, août, septembre 1905.)
- ALEXANDER. — Syphilis oculaire. Wiesbaden, 1889.
- ANTONELLI. — Syphillide ulcéreuse de la cornée. (Communication à la Société d'Ophtalmologie de Paris, séance 10 janvier 1905. In recueil Ophtalmologie 1905, p. 83.
- BADAL. — Recherches statistiques sur les manifestations oculaires de la syphilis. (Archives d'Ophtalmologie, 1886, t. VI, pp. 104 et 301).
- COUZON. — Contribution à l'étude de la Kératite interstitielle dans la syphilis héréditaire et acquise. (Thèse, Paris 1883).
- CALAMY. — Kératite interstitielle. Condylome de l'Iris. Bull. hosp. Quinze-Vingts, 1887, p. 93.
- CHADECK. — Etude casuistique sur les affections cornéennes dans la syphilis acquise. (Westnick Opt. 1884).
- DIETLEN. — Etude casuistique sur la syphilis de l'œil. (The Erlangen, 1876).
- DUMONT. — Kératite de l'œil gauche. Syphilis héréditaire. Bull. clin. des Quinze-Vingts, 1886, p. 69.
- DÉNARIÉ. — Lyon Médical 1882, n° 49, p. 437.
- DÉNARIÉ. — Les gommès de la cornée. Thèse Lyon, 1883 (décembre).
- DOR H. — Discussion sur le traitement iodomercurel dans la syphilis cornéenne (Lyon Médical).
- ELOUI. — Recherches histologiques sur la cornée, thèse Lyon, 1880.
- ERDMANN. — Syphilitische Kératitits (Zeitch. f. Angenheilk, vol. IX, avril 1904).
- FUCHS. — Manuel d'Ophtalmologie, 1892.
- FOURNIER. — De la syphilis héréditaire tardive. Paris, 1886.
- FONTAN. — Anatomie Pathologique de la Kératite ponctuée. (Recueil d'Opht. 1888, p. 641. Résumé de revue générale d'Opht. t. VII, 1889).
- FOLLIN. — Traité de Pathologie externe. Paris, 1881.
- GALEZOWSKI. — De la syphilis oculaire héréditaire (Annales Ocul. 1895).

- GALEZOWSKI — Sur la Kératite provenant de syphilis héréditaire. CXIII, p. 59. Gaz. Med. Lyon, 1860, p. 113.
- GALEZOWSKI ET DAGUENET. — Diagnostic et traitement des maladies des yeux (1886, pp. 157 et 160).
- GALEZOWSKI. — Recueil d'Ophtalmologie (1878, p. 302 et 1892, p. 22).
- HIRSCHLEY. — Sur les Kératites spécifiques (Deutsch. Med. Wochen. 1888, n° 25-26).
- HUTCHINSON. — Maladies de l'œil et de l'oreille dues à la syphilis héréditaire (1863).
- HUTCHINSON. — Kératite dans l'héredosyphilis (Opht. Hosp. Rep. 1871, VII, p. 46).
- HOCK. — Wiener Klinik, 1876 et Wiener Med. Presse vol. XXII, 1881.
- HOFFMANN ET BRUNIG. — Inoculation de la syphilis à l'œil du chien (Annales thérap. dermat. et syphiligraphie, 5 février 1908. Revue générale d'opht. p. 244, 1908).
- LAZAREFF. — Casuistique des formes rares d'affections syphilitiques de la cornée (in Westnick Opht. t. XXIV, mai et avril 1907, p. 180).
- LAGRANGE ET VALUDE. — Encyclopédie française d'Opt. (t. V, article Morax).
- LACOMBE. — De la Kératite interstitielle dans la syphilis acquise (Th. Paris, 1879).
- LEPLAT. — De l'origine syphilitique de la Kératite parenchymateuse (Annales ocul. 1884, XCII, p. 185).
- LANG (1886). — Vorlesungen über Thérap. und Pathol. der syphilis. (Wiesbaden 1886).
- LEVADITI ET YAMAMOUCI. — Recherche sur l'incubation dans la syphilis inoculée à l'œil. (Société Biol, 18 janvier 1908).
- MANZ. — Sur les maladies syphilitiques des yeux des enfants. (Ber über die Natur foscher. Vers. in Freiburg, 1883).
- MAGNI. — Travail analysé par Calza (in Annales ocul. t. LI, p. 125).
- MAUTHNER. — Zeis's Lebrbuch des Syphilis (1872, t. II, p. 279).
- Ogilvie. — Un cas rare de syphilis héréditaire avec remarques sur la Kératite interstitielle. (Lancet, 1892, n° 25 et 26).
- ONFRAY. — Infiltration interstitielle de la cornée chez l'adulte. Thèse Paris 1904.
- PARINAUD. — Kératite interstitielle et syphilis héréditaire. (Arch. gén. de Med. 1883, II, p. 521).
- PETERS (1898). — Congrès des médecins et naturalistes allemands (Dusseldorf).
- PETERS. — Über gummosse Hornhaut erkrankungen. (Opht. Klinik, 1898, pp. 374 à 377).
- PETERS. — Lésions spécifiques de l'œil. (Opht. Klinik, t. XXIV, mai-juin 1907, p. 317).

- PROKOPENKO. — Sur les affections syphilitiques de l'œil. (Westnik. Ophth. t. XXIV, avril-mai 1907, n° 185).
- RANSOHOFF. — Un cas de Kératite parenchymateuse unilatérale chez une femme de 35 ans en rapport avec la syphilis acquise. (Central Blatt f. Practical Augent, 1889, p. 365).
- RING. — Gummata of the cornea and iris. (Ophth. record 1898, p. 199).
- ROLLET J. — Traité des maladies vénériennes (Paris, 1865).
- ROLLET E. — Les Kératites dans l'hérédosyphilis et leur traitement (ext. revue mens. des maladies d'enfance, mai 1904).
- ROMME. — Les spirochètes de Schaudinn dans les manifestations oculaires de la syphilis (presse méd. 19 décembre 1906).
- ROUSSEL. — Syphilis du Lapin, thèse de Paris, 1908-1909.
- STELLVAG ET CARIM. — Sur une forme particulière d'inflammation cornéenne. (Wiener Klinik Wocher, 1889, n° 31, p. 613 ; 1890, n° 33 et 34).
- SALMON. — Syphilis expérimentale de la cornée et de la conjonctive (Commun, société Biol. Séance 11 juin 1904).
- TERSON A. — Gommès cornéennes, (Compte rendu de la société française d'Ophth. XII^e session, congrès 1-4 mai 1905 (extrait des annales ocul. 133^e vol).
- TERSON. — Les gommès de la cornée. (Arch. Ophth. 1905, p. 265).
- TERSON. — Société d'Ophtalmologie (Paris, 1899).
- TERRIEN. — Syphilis de l'œil et de ses annexes (Paris, 1905. Stenibell edit).
- TRIPPIER. — Traité d'anatomie Pathologique (article : gomme syphilitique.)
- VINSONNEAU. — Les gommès de la cornée (article d'Ophth. janvier 1905, p. 104).
- VILLARD. — Altérations de la cornée dans la syphilis acquise (annales ocul. octobre 1904).
- VICHERKIEWICZ. — Sur quelques formes rares de Kératite syphilitique (In annales ocul. novembre 1900, pp. 344 et 363).
- VICHERKIEWICZ. — Kératomalacie herédosyphilitique. (Progrès Opht. n° I, Gracovie, 1899).
-

